

## **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO**

1. **¿Qué es?:** La intervención quirúrgica, por vía vaginal, consiste en el cierre del orificio fistuloso (orificio abierto) que comunica la uretra o vejiga con la vagina restableciendo el flujo normal de orina por vía uretral.
2. **¿Cómo se realiza?:** Bajo anestesia general se procede a cerrar la zona fistulizada con interposición de varias capas del tejido circundante (revestimiento en la zona alrededor del orificio), habitualmente vaginal. En caso de lesiones muy proximales la reparación puede efectuarse por vía laparoscópica.
3. **¿Cuáles son sus riesgos?:**
  - **Frecuentes (más del 10%):** molestias transitorias en la uretra y vejiga, escozor miccional, infección urinaria, sangrado leve.
  - **Infrecuentes (menos de 10%):** que no se pueda realizar el procedimiento por problemas técnicos; **recidiva (reaparición) de la fístula** precoz o tardía; **reacciones alérgicas** que pueden llegar a producir shock anafiláctico; complicaciones locales: **infección** o **sangrado** de la herida; **cicatrización anómala con fibrosis**; **dolor** variable; aparición de **incontinencia urinaria de esfuerzo o de urgencia**; **fístula uretro o vésico-intestinal** (comunicación del conducto uretral o vejiga con el intestino); **retención urinaria transitoria o permanente** que pudiera precisar nuevos procedimientos quirúrgicos; **coito doloroso o anorgasmia**; **osteítis del pubis**; **no conseguir la mejoría de la disfunción miccional**; **lesión vesical o intestinal**; **dolor pelviano crónico**; **estenosis uretral (estrechamiento del orificio uretral)**.
4. **Consecuencias previsibles de su realización:** La corrección de la fístula para mejorar funcionalmente el vaciado con desaparición o mejoría de la incontinencia urinaria.
5. **Consecuencias previsibles de su no realización:** Persistencia de la fístula con deterioro funcional de la uretra, vejiga o riñón afectos.
6. **Alternativas:** Sondaje vesical intermitente o permanente.
7. **Riesgos en función de la situación del paciente:** La toma de fármacos anticoagulantes (como Sintrom, Apixabán) o antiagregantes (como Aspirina o Adiro) puede condicionar un mayor riesgo de sangrado. Por otro lado la presencia previa de una infección urinaria o estenosis uretrales puede aumentar el riesgo de efectos indeseados. Debe advertir a los profesionales sanitarios de sus alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades concomitantes, o medicaciones actuales.



**GENERALITAT VALENCIANA**

Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública

## UROLOGÍA

### CIRUGÍA DE LA FÍSTULA URETRO Y VÉSICOVAGINAL

#### DECLARACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

#### DATOS PACIENTE

APELLIDOS		NOMBRE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO
Nº SIP		DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALIDAD		PROVINCIA	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

#### DATOS REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS	NOMBRE	DNI	FECHA NACIMIENTO	EN CALIDAD DE
-----------	--------	-----	------------------	---------------

#### DATOS PROFESIONAL

APELLIDOS	NOMBRE	CATEGORÍA PROFESIONAL	NÚM. COLEGIACIÓN
-----------	--------	-----------------------	------------------

DECLARO que:

- Se me ha explicado que es conveniente/necesario la realización de este procedimiento
- He comprendido la información recibida
- He podido formular todas las preguntas que he creído oportunas
- Se me ha informado de que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Por lo tanto:

Autorizo la realización de este procedimiento  No autorizo la realización de este procedimiento

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en la fecha indicada

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### RENUNCIA AL DERECHO DE INFORMACIÓN

Manifiesto que por razones personales, renuncio al derecho a la información que me corresponde como paciente y expreso mi deseo de no recibir información, en el momento actual, sobre el proceso de mi enfermedad sin que ello implique que no pueda dar mi consentimiento para someterme a la realización de esta intervención, tal como he prestado y firmado en el apartado anterior.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Paciente / su representante.

Profesional sanitario/a

Firma: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

#### UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

He sido informado/a de que el procedimiento puede ser grabado y los datos utilizados con fines científicos y/o didácticos, asegurando siempre mi intimidad y mi anonimato. Por ello:

AUTORIZO:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

NO AUTORIZO:

Profesional sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_

#### REVOCACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES Y VÍDEOS CON FINES CIENTÍFICOS

Revoco el Consentimiento prestado en la fecha indicada:

Paciente / su representante:

Firma: \_\_\_\_\_

Profesional Sanitario/a:

Firma: \_\_\_\_\_